

VPRAŠALNIK ZA TESTIRANJE NUTRITIVNE INTOLERANCE

Prosimo Vas, da izpolnite vprašalnik in nam ga skupaj z vzorci posredujete po pošti ali dostavite osebno na naslov našega laboratorija, v primeru da vzorčite kapilarno kri. Informacije pridobljene z vprašalnikom bodo zajete v končnem izvidu.

OSNOVNI PODATKI (pišite z velikimi tiskanimi črkami)

Priimek in ime: _____ Datum rojstva: _____
 Ulica in hišna št.: _____
 Pošta: _____
 E-naslov: _____ Telefon: _____
 Naročnik preiskave (zdravnik, terapevt): _____

SPLOŠNA VPRAŠANJA POVEZANA S SIMPTOMI

Ali imate občutek prenapihnenosti? NE DA
 Se spopadate z raznovrstnimi prebavnimi motnjami (npr. slabost, bruhanje, diareja)? NE DA
 Ste izgubili apetit? NE DA
 Vas muči sindrom razdražljivega črevesja (t.i. IBS)? NE DA
 Je vaš imunski sistem oslabilen ali šibek? NE DA
 Imate neprestane probleme s kožo? NE DA

ZGODOVINA - klinične ugotovitve, trenutna terapija (izpolni pacient):

TABELA: Vzorčenje krvi za nutritivno-intolerančni test (označite izbrani panel)

Vrsta nutritivno - intolerančnega testa	Min. zahtevana količina vzorca v laboratoriju	Min. zahtevana količina vzorca uporabnika	Označite s kljukico	Dejanski čas vzorčenja
20 in 20+ alergenov	50 μ L krvi	200 μ L krvi		
24 alergenov	60 μ L krvi	200 μ L krvi		
88 alergenov	200 μ L krvi	200 μ L krvi		
Drugo (184 živil, prilagojeni paket)	250 μ L krvi	250 μ L krvi		
Tip epruвет	Epruvete z antikoagulantom (litijev heparin) volumen (250 μ L) – dobi preiskovanec ob paketu			

OPOZORILO: Upoštevajte opombe pred pričetkom vzorčenja ter natančno sledite korakom postopka vzorčenja, ki so navedeni v navodilih.

Želim prejemati aktualne novice na elektronski naslov (označi s križcem) NE DA

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS 94/07) spodaj podpisani dovoljujem, da se zgoraj navedeni osebni podatki uporabljajo in obdelujejo izključno z namenom izvajanja nutritivno-intolerančne preiskave.

Datum: _____

Podpis pacienta: _____